

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額	円				
				支給期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日	日間

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゆう)

被保険者 申請者 情報	被保険者証の 記号	番号	生年月日	
	氏名	(フリガナ)	所属	部・支店・工場 課
	自宅住所	(〒 -)	都(道) 府(県)	
	電話番号	TEL ()		

申請 内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	続柄	
	1 - ①家族の場合は その方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 医師の同意を 受けた傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()	3 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過			
	5 施術を受けた施術所名	名称	所在地	
	6 施術期間(1ヶ月ごと)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	7 療養に要した費用

※申請書は暦月を単位として作成ください。

【添付書類】■別途「**施術内容明細書**」を施術者へ記入を依頼し、申請書に添付ください。

■**施術に要した費用の領収書(原本)**を必ず添付ください。レシート不可

<以下は該当する場合に添付する書類>

医師の同意書(原本) ※6ヶ月を超えて引き続き施術を受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。

施術報告書(写し) 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

振込先 指定口座	金融機関 名称	(銀行) (金庫) (信組) (農協) (漁協)	(本店) (支店) (出張所)	店舗番号	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号		
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者(被保険者) 2. 代理人

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入ください。

受取 代理人の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記 の代理人に委任します。	令和 年 月 日	受付日付印	
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ)	氏名		委任者と 代理人との 関係
	氏名				

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は
備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は
個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です。

備考欄